

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

No 77

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

François FESQUET

Né à Vaison (Vaucluse) le 15 juillet 1900
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Germain

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE LA CÉSARIENNE

SUIVIE DE

L'EXTÉRIORISATION TEMPORAIRE DE L'UTÉRUS

(OPÉRATION DE PORTES)

Président : M. COUVELAIRE, *Professeur*

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1927

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1927

THÈSE

N^o 77

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

François FESQUET

Né à Vaison (Vaucluse) le 15 juillet 1900
Ancien Externe des Hôpitaux de Paris
Ancien Interne de l'Hôpital de Saint-Germain

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA CÉSARIENNE

SUIVIE DE

L'EXTÉRIORISATION TEMPORAIRE DE L'UTÉRUS

(OPÉRATION DE PORTES)

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LOUIS ARNETTE

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE

1927

I. — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Anatomie médico-chirurgicale	NICOLAS
Physiologie	CUNEO.
Physique médicale	ROGER.
Chimie organique et chimie générale	STROHL.
Bactériologie	DESGREZ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	LEMIERRE.
Pathologie et thérapeutique générales	BRUMPT.
Pathologie médicale	Marcel LABBE.
Pathologie chirurgicale	SICARD.
Anatomie pathologique	LECENE.
Histologie	ROUSSY.
Pharmacologie et matière médicale	PRENANT.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène	CARNOT.
Médecine légale	Léon BERNARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	MENETRIER.
	RATHERY.
Clinique médicale	GILBERT.
	BEZANÇON
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
	DELBET.
Clinique chirurgicale	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédique	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique podopédique	SERGENT.
Professeurs sans chaire	ROUVIÈRE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI	Pathologie médicale.
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.
BASSET	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIERE	Chimie biologique.
BRANCA	Histologie.
BRULÉ	Pathologie médicale.
N.	Pharmacologie et matière médicale.
CADENAT	Pathologie chirurgicale.
CHAMPY	Histologie.
CHIRAY	Pathologie médicale.
CLERC	
DEBRE	Hygiène.
I. de JONG	Anatomie pathologique.
DUVOIR	Médecine légale.
ECALLE	Obstétrique.
FIESSINGER	Pathologie médicale.
FOIX	
GARNIER	Pathologie expériment.
HARVIER	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.

MM.

HOVELACQUE	Anatomie.
JOYEUX	Parasitologie.
LABBE (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
LEMAITRE	Oto-rhino-laryngologie.
LEVY-SOLAL	Obstétrique.
LHERMITTE	Pathologie mentale.
LIAN	Pathologie médicale.
MATHIEU	Pathologie chirurgicale.
METZGER	Obstétrique.
MOCQUOT	Pathologie chirurgicale.
MONDOR	
MOURE	Histologie.
MULON	
PHILIBERT	Bactériologie.
RIBIERRE	Pathologie médicale.
RICHER Fils	Physiologie.
TANON	Pathologie médicale.
VAUDESCAL	Obstétrique.
VELTER	Ophtalmologie.
VERNE	Histologie.
VILLIET	Pathologie médicale.

III. AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

GOUGEROT	Pathologie médicale.
GUENIOT	Obstétrique

M

RETTERER	Histologie.
------------------	-------------

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY	{ Clinique chirurgicale.	LERI	{ Clinique médicale.
CHEVASSU		LEPER	
LAIGNEI-LAVASTINE.	Clinique médicale.	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBoullet.	Clinique médicale infantile.	N...	Clinique médicale.
		SCHWARTZ	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

M. MAUCLAIRE agrégé	}	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du tra- vail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
PREY		Stomatologie.
CHAILLEY-BERT		Education physique.
LEDoux-LEBARD		Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

FRANÇOIS BOURCHET

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

*Faible témoignage de ma vive
reconnaissance et de ma profonde
affection.*

A MA TANTE

*Qui nous prodigua son affection
et fut toujours pour nous une se-
conde mère.*

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRESIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE
PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

*Pour le grand honneur qu'il nous
fait; nous le prions d'agréer l'ex-
pression de notre respectueuse gra-
titude.*

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX
DE GRENOBLE

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR JEAN-PIERRE MÉNARD
ANCIEN INTERNE MÉDAILLE D'OR DES HOPITAUX DE PARIS

*Il nous guida à l'aube de nos
études. Sa haute conscience et sa
grandeur morale resteront pour nous
un admirable exemple.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR TERMIER
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL DE GRENOBLE

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

1919-1920 PROFESSEUR BROCA (*in memoriam*), (Enfants Malades).

Externat :

1920-1921 DOCTEUR CATHALA, accoucheur de l'Hôpital Saint-Louis.

1922-1923 DOCTEUR DEBRÉ, Médecin à l'Hôpital Bretonneau. Professeur agrégé à la Faculté.

1923-1924 DOCTEUR GUYLAROCHE, Médecin à l'Hôpital de la Pitié.

1924-1925 DOCTEUR LAIGNEL-LAVASTINE, Médecin de l'Hôpital de la Pitié, professeur agrégé à la Faculté.

A MES AUTRES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR PORTES
ACCOUCHEUR DES HOPITAUX DE PARIS

*Il fut notre maître en conférence ;
nous le remercions en outre très vi-
vement de tous les documents qu'il a
bien voulu nous confier et de toute
l'amabilité dont il a fait preuve à
notre égard.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR LARGEAU
ASSISTANT A L'HOPITAL DE LA PITIÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR VINCHON
ASSISTANT A L'HOPITAL DE LA PITIÉ

A MONSIEUR LE DOCTEUR G. JACOB
ANCIEN INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

A NOS MAÎTRES
A L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-PAUL LAMARE
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL

*Qui nous fit faire nos premiers pas
en chirurgie.*

*Avec une indulgence bienveillance
il fut pour nous un maître autant
qu'un ami.*

*Journellement il nous témoigna
sa confiance, son sens clinique avisé.
Sa technique impeccable furent pour
nous de fructueux exemples.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR MAURICE LARGET
CHIRURGIEN DE L'HOPITAL

*Nous emportons de lui outre le
souvenir de ses hautes qualités chi-
rurgicales l'exemple de sa coutumière
bonté. Nous saurons toujours lui té-
moigner notre grande affection.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HUC
ANCIEN CHEF DE CLINIQUE AUX ENFANTS MALADES
CHEF DU SERVICE D'ORTHOPÉDIE
DE L'HOPITAL SAINT-GERMAIN

*Outre les enseignements chirurgi-
caux qu'il nous prodigua, par sa sol-
licitude à notre égard il a droit à
notre très vive reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR VENOT
MÉDECIN DE L'HOPITAL

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHERECHEVSKI
MÉDECIN DE L'HOPITAL

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUCHET
OTO-RHINO-LARYNGOLOGISTE
DES HOPITAUX DE PARIS ET DE L'HOPITAL DE ST-GERMAIN

A MES CAMARADES D'ÉTUDES

MM. LES DOCTEURS MADELEINE HIRSCH, PERRET,
NADAL, SALVAN, MARTINEAU.

A MES COLLÈGUES ET AMIS
DE L'HOPITAL DE SAINT-GERMAIN

MM. LES DOCTEURS BASCOU, LEGACHEUX,
FOURREY, BONNIER, HINARD, PAULIN

AVANT-PROPOS

Il existe au point de vue obstétrical certains cas cliniques où l'extraction de l'enfant vivant par les voies naturelles n'est pas possible; et où étant donné l'infection patente ou latente de l'œuf, la césarienne corporeale ne peut être pratiquée.

Plusieurs solutions s'offrent à l'accoucheur :

1° Pratiquer la basiotripsie, mais c'est sacrifier l'enfant et les risques d'infection consécutifs demeurent importants.

2° Extraire l'enfant et pratiquer, soit l'hystérectomie totale ou sub-totale, soit l'opération type Porro. Mais l'on procède ici à de graves mutilations qui suppriment définitivement l'avenir obstétrical de la femme et qui exposent aux troubles habituels consécutifs à la suppression de la fonction ovarienne.

3° Pratiquer la césarienne basse transpéritonéale supra-symphysaire.

Cette opération semble réaliser un progrès dans les cas infectés ou suspects d'infection sur la césarienne transpéritonéale haute. Mais il est de toute évidence

qu'elle ne constitue pas une arme absolument certaine dans les cas d'infection virulente.

Or, comment juger sûrement du degré d'infection de l'œuf, comment apprécier la résistance de la femme à l'infection, comment mesurer dès le début, la virulence plus ou moins grande de manœuvres obstétricales antérieures, ou même d'explorations malpropres ?

Même si nous élargissons autant que nous le pouvons les indications de cette opération, il n'en reste pas moins que dans certains cas elle apparaît comme impossible ou infiniment risquée du fait des phénomènes évidents d'infection ovulaire.

Que faire ? Hystérectomie ? Basiotripsie ? Sans doute, c'est à cette éventualité que l'on se résolvait auparavant.

Il semble bien maintenant que la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus préconisée par Portes soit venue combler ici une grosse lacune dans certains cas exceptionnels.

Personnellement comme interne de l'Hôpital de Saint-Germain où fonctionne une maternité importante nous avons eu avec nos maîtres l'occasion de poser six fois l'indication de cette opération en présence de femmes nous arrivant d'un point éloigné de la campagne, la poche des eaux rompues dans un état général plus ou moins grave et ayant déjà vraisemblablement subi des manœuvres infectantes. Dans ces six cas que nous rapportons nous avons obtenu six succès.

L'étude de ces cas nous a amené faire une étude d'ensemble de l'opération de **Portes**, travail qui nous

fut singulièrement facilité par le Docteur **Portes** lui-même, qui avec son amabilité habituelle nous communiqua de nombreux documents personnels.

Nous étudierons :

Dans une première partie la technique de l'opération telle que la décrit **Portes**.

Dans une deuxième partie, nous passerons en revue les observations publiées et y ajouterons notre contribution.

Dans une troisième partie enfin, nous essaierons de dégager les indications de cette opération, d'en préciser les inconvénients et les avantages, surtout par rapport à la césarienne basse et l'hystérectomie.

PREMIÈRE PARTIE

TECHNIQUE DE L'OPÉRATION, INCIDENTS, SOINS ET SUITES POST-OPÉRATOIRES

Voci, en citant textuellement **Portes**, le but recherché par l'opérateur :

« Extraire quel que soit le degré de la dilatation de l'orifice utérin, un enfant vivant sans risquer de le traumatiser et de telle façon que la cavité sous-péritonéale maternelle de même que le tissu cellulaire sous-péritonéal soient rigoureusement à l'abri de l'infection, d'une part lors de l'ouverture de l'œuf au cours de la césarienne, d'autre part ultérieurement par propagation d'une infection de la plaie utérine suturée. »

« Il faut, en raison du fait que cette intervention est pratiquée dans des cas où l'infection est avérée ou probable, ne pas se trouver désarmé si l'infection continue à évoluer après l'évacuation de l'utérus. »

Technique

« L'intervention comprend deux temps opératoires distincts séparés l'un de l'autre par un laps de temps variable :

1^o *L'hystérotomie abdominale avec extériorisation de l'utérus.*

2^o *Réintégration de l'utérus cicatrisé en partie involué dans le bassin.*

Ces deux interventions se font sous anesthésie générale.

Quelques auteurs ont pu pratiquer le deuxième temps sous anesthésie locale.

PREMIER TEMPS. LAPAROTOMIE, EXTÉRIORISATION DE L'UTÉRUS, SUTURE DE LA PAROI ABDOMINALE, HYSTÉROTOMIE, SUTURE DE L'UTÉRUS.

L'incision de la paroi abdominale et l'extériorisation de l'utérus doivent être pratiquées conformément aux règles habituelles de la césarienne classique. Après quoi un premier aide soutève l'utérus qui est maintenu en antéflexion par un champ cravatant sa face postérieure. Le chirurgien et son deuxième aide suturent dès lors la paroi abdominale en un plan total aux fils métalliques. Ou mieux, les fils métalliques pouvant amener des plaies par leur striction, en fermant la paroi derrière l'utérus par des points séparés au catgut, deux intéressant l'aponévrose et le péritoine. On réserve la suture de la peau aux crins pour la fin de l'opération après que l'utérus lui-même a été suturé. Il est bon cependant de mettre un fil métallique au contact de l'utérus pour éviter qu'une éversion ne s'ébauche au niveau de la brèche pariétale.

Au cours de la fermeture de la paroi, il y a lieu, sans précipitation excessive, d'agir rapidement car il n'est pas impossible que l'antéversion de l'utérus soit suscep-

tible d'entraîner des troubles de la circulation fœto-placentaire bien qu'à la vérité, dans aucune des observations publiées, l'enfant n'ait été sérieusement compromis du fait de l'intervention. »

« En fermant la paroi il y a lieu, en outre, de tenir compte du fait que l'utérus après son évacuation se rétractera et qu'en conséquence les derniers fils doivent serrer l'utérus de très près »

« Il est cependant un cas dans lequel cette manière de procéder peut présenter un inconvénient : c'est lorsque l'utérus ne s'exteriorise pas très complètement et que l'on risque de fermer la paroi non pas au-dessous de la tête fœtale mais au niveau du sillon du cou ; dans ce cas en effet on peut avoir des difficultés pour extraire ultérieurement la tête dernière. Il suffira alors évidemment de libérer le dernier point pariétal quitte à le replacer ensuite. »

« Le péritoine de l'utérus étant parfaitement garni de champs on peut pratiquer l'hystérotomie avec la certitude absolue que malgré la rétraction de l'utérus la cavité abdominale est à l'abri du liquide amniotique infecté. Il est d'ailleurs juste d'observer, que dans le cas où cette intervention est indiquée, du fait de la rupture des membranes depuis un temps plus ou moins long, le liquide amniotique restant dans l'utérus est en quantité à tel point réduite que le peu qui s'en écoule lors de l'ouverture de l'utérus ne risque guère d'inonder le champ opératoire. »

« L'hystérotomie se pratique comme au cours de toute césarienne nous avons toujours pratiqué l'incision sur la face antérieure du corps utérin débordant légèrement sur le fond. »

« Après l'extraction de l'enfant et la délivrance doit-on suturer l'utérus ? Nous avons toujours pratiqué la suture utérine ; cette suture se fait suivant la technique habituelle : nous avons enfoui dans nos quatre premiers cas la simple suture à la soie en un plan n'intéressant que la muqueuse sous un surjet séro-séreux au catgut. Le surjet s'est toujours désuni dans les jours qui ont suivi en sorte qu'actuellement nous ne pratiquons plus, en cas d'extériorisation, ce surjet qui est d'ailleurs théoriquement inutile quand l'utérus reste extériorisé. »

« L'intervention terminée il y a lieu de s'assurer, après nettoyage de toute la surface utérine à l'éther, que la rétraction utérine consécutive à l'extraction fœtale ne laisse pas entre le pédicule utéro-vaginal et la paroi une brèche par où des anses intestinales ou l'épiploon pourraient se hernier. »

« Si cette brèche existe un point complémentaire sur la paroi peut l'oblurer. »

« Comme après toute césarienne, l'expression directe de l'utérus dans les cas où il a été suturé permet de s'assurer de son drainage par l'évacuation des caillots qu'il contient. »

« Le pansement de l'utérus peut être fait soit au sérum artificiel ou hyperlonique, soit à la bouillie lactique, soit à l'aide d'un corps gras, huile goménolée ou camphrée. »

« Il est important que le bandage soit bien serré pour éviter que la malade ne souffre dans les heures qui suivent du fait de la mobilité de l'utérus. »

« Les suites immédiates de cette première intervention ne présentent aucune particularité, elles dépendent avant

tout de l'état d'infection antérieure de l'œuf; on peut affirmer en tout cas que cette infection mise à part, l'intervention n'entraîne par elle-même aucun choc opératoire important et que dans la règle, elle est parfaitement tolérée. Nous avons cependant observé assez souvent une particularité assez curieuse, à savoir la très grande rapidité du pouls dans les deux ou trois jours qui suivent l'intervention. Tachycardie qui ne s'explique pas par la température et qui trouve peut-être sa cause, comme au cours des phlébites dans une gêne de la circulation veineuse au niveau de l'utérus et des annexes extériorisées ».

« L'involution de l'utérus et des annexes présente évidemment un grand intérêt. Elle doit être suivie de pansements répétés tous les deux jours environ au cours desquels on peut se rendre compte de l'évolution aseptique ou non de la cicatrice utérine.

A) « Dans les cas où l'on obtient une réunion par première intention de la suture utérine, on assiste dans les jours qui suivent l'intervention à une involution progressive de l'utérus. En général, dans les 3 ou 4 premiers jours, le volume de l'utérus reste à peu près stationnaire après quoi l'involution progresse rapidement. Quel que soit le mode de pansement employé, bouillie lactique, sérum ou huile, on note à peu près toujours une réaction marquée du périitoine, réaction d'ailleurs assez tardive se traduisant vers le sixième ou le huitième jour par la production de fausses membranes, à la surface de l'utérus. Cette réaction du périitoine utérin pour être marquée n'en est pas moins éphémère, l'enduit qui recouvre l'utérus se décape facilement et le périitoine reprend un aspect normal

bien qu'un peu granuleux en 5 ou 6 jours. Les annexes restent normales pendant les 2 ou 3 premiers jours qui suivent l'intervention ; plus tard il se manifeste fréquemment à leur niveau un œdème plus ou moins marqué qui donne au ligament large un aspect boursoufflé, aux trompes un aspect succulent et qui augmente légèrement le volume de l'ovaire. Cet œdème des annexes n'est pas également marqué des deux côtés ; il régresse progressivement et les trompes reprennent un aspect normal vers le quinzième jour. Elles paraissent encore cependant légèrement engluées mais de toute façon, ainsi qu'il est facile de le vérifier leur canal reste en général perméable.

« La cicatrisation de l'utérus se fait avec une remarquable facilité et il semble qu'elle soit dans les cas d'invololution aseptique terminée à la fin de la première semaine, date à laquelle il devient possible d'enlever les soies ».

« Il est des cas où après l'ablation des soies la cicatrice cesse d'être visible et ne laisse aucune trace à la surface de l'utérus lors de la réintégration dans le bassin.

B) « Dans les cas où du fait de l'infection ovulaire il se produit une désunion de la suture utérine on observe les faits suivants : l'infection de la suture se manifeste en général assez tardivement vers le quatrième ou cinquième jour par la désunion du surjet d'enfouissement au catgut et par l'apparition au niveau de chaque soie d'un petit puits cratériforme qui laisse sourdre du pus ; à la suite de cette suppuration locale, la cavité utérine s'ouvre ; la désunion se poursuit ensuite progressivement restant parfois limitée à une partie de la cicatrice, s'étendant d'autres fois à toute la hauteur de la suture ».

« Un des faits qui caractérise l'évolution de cette infection de la suture utérine, est la production de phénomènes de sphacèle plus ou moins étendus, que ce sphacèle résulte de l'action de certains microorganismes ou qu'ils représentent un mode spécial de réaction du tissu utérin à l'infection il est certain qu'on l'observe de façon à peu près constante dans ce cas même lorsqu'il n'y a eu aucune striction exagérée des fils. Il s'accompagne nécessairement d'une perte de substance, en réalité très limitée, qui en tout cas n'empêche pas dans la suite une réunion parfaite par deuxième intention. La suture utérine désunie bénéficie de pansement quotidien à la bouillie lactique, qui déterge la plaie avec une remarquable rapidité; dès l'instant où cette plaie est devenue parfaitement propre par disparition du sphacèle et des exsudats, il devient possible de pratiquer une suture secondaire.

« Nous avons toujours décidé de pratiquer cette suture secondaire en nous basant uniquement sur l'aspect clinique de la plaie sans faire d'examen bactériologique »,

« La technique de cette suture secondaire ne présente aucune particularité. Il est facile de réunir sans aucune anesthésie les deux lèvres de la plaie au cours d'un pansement par 3 ou 4 soies n'interessant pas la muqueuse. Si cela paraît nécessaire on peut sans inconvénient inciser au bistouri la partie la plus superficielle des deux branches utérines désunies. Une semaine environ après cette réunion on peut enlever les soies et quelques jours après réintégrer l'utérus dans le bassin si son aspect général le permet ».

C) « Dans les cas, où du fait d'une infection septicé-

mique l'état général de la malade s'aggrave sensiblement dans les jours qui suivent l'extériorisation il est très facile de pratiquer l'hystérectomie ».

« Celle-ci peut se faire sans anesthésie, la malade restant dans son lit dans des conditions opératoires d'une extraordinaire simplicité; il suffit si l'on utilise la technique classique de Porro de mettre un lien élastique autour du col utérin et une broche métallique au travers du col après quoi une section au ciseau à un centimètre et demi au-dessus de lien détache le corps utérin et les annexes. Nous avons pratiqué cette hystérectomie secondaire dans deux cas. Les malades n'ont nullement souffert sauf peut-être un peu sous forme de légères épreintes au moment des tractions sur les annexes nécessaires pour placer les liens. Ces hystérectomies ont été parfaitement tolérées et n'ont nullement aggravé l'état antérieur de la malade ».

« Sans doute pourrait-on avec une égale facilité placer des ligatures latérales sur les pédicules, ligatures qui remplaceraient peut être avantageusement le lien élastique. La cicatrisation ultérieure du moignon se fait très simplement par élimination d'escharre et suivant le type bien connu à l'époque où l'on faisait couramment l'amputation uléro-ovarique de Porro ».

DEUXIÈME TEMPS : RÉINTÉGRATION DE L'UTÉRUS DANS LE BASSIN

La réintégration de l'utérus dans le bassin implique deux conditions préalables :

1° La cicatrisation parfaite de l'utérus et la disparition de tous les exsudats anormaux qui le recouvrent.

2° La cicatrisation parfaite de la paroi abdominale. Ces conditions seront d'autant plus rapidement réalisées que la cicatrisation de l'utérus aura été régulière et que la suture de la paroi abdominale aura été faite avec plus de soins.

« On peut considérer qu'en moyenne la réintégration de l'utérus dans le bassin devient possible de 20 à 30. jours après son extériorisation dans les cas d'évolution non septique tout au moins. L'involution génitale est alors telle que l'utérus a un volume comparable à celui d'une petite orange. Sa surface est rose légèrement saignante; la cicatrice d'hystérotomie apparaît quelquefois sous l'aspect d'une traînée blanchâtre mais le plus souvent, elle est devenue totalement invisible au point qu'il est impossible de préciser sa situation sur l'utérus ».

« Les annexes ont repris un aspect à peu près normal mais le plus souvent légèrement œdématié. L'orifice tubaire, comme il est facile de s'en rendre compte, est parfaitement perméable et en particulier les franges du pavillon loin de s'invaginer à l'intérieur de l'ampoule tubaire, comme cela est fréquent au cours des phénomènes inflammatoires, s'étalent au dehors ».

La rétraction du pédicule utéro-vaginal, du fait de l'involution génitale, attire l'utérus vers le bassin en déprimant la paroi abdominale qui forme autour de l'utérus une sorte de gouttière circulaire plus ou moins profonde.

La réintégration se fait sous anesthésie générale mais peut se faire sous anesthésie locale. Après badigeonnage de la peau et de l'utérus à la teinture d'iode l'abdomen est ouvert entre le pédicule utéro-vaginal et l'ombilic,

la hauteur de l'incision dépendant du volume actuel de l'utérus.

« L'abdomen étant ouvert il est facile de se rendre compte qu'il n'existe en général aucune adhérence entre les viscères abdominaux et la paroi; de même qu'entre ces mêmes viscères et le pédicule utéro-vaginal. Si par hasard ces adhérences existaient il serait facile de les libérer. L'incision de la paroi est prolongée d'un coup de ciseau jusqu'au col utérin; à partir de ce moment il s'agit de libérer tout le pourtour du pédicule utéro-vaginal de ses adhérences au péritoine pariétal, cela est très facile en arrière et en avant du col, où les adhérences s'effondrent facilement sous la pression du doigt. Sur les côtés au contraire le décollement des pédicules utéro-ovariens, qui, avant de remonter sur les côtés de l'utérus s'accolent au péritoine pariétal, soulève en apparence quelques difficultés. Pour libérer les pédicules dont la vascularisation veineuse est très riche il y a lieu d'user de prudence. Le doigt s'insinue entre le bord supérieur du pédicule et le péritoine pariétal là où les adhérences n'existent pas encore; en ramenant le doigt prudemment vers la ligne médiane les adhérences se décollent en général facilement. Si on éprouvait dans ce décollement quelques difficultés, il vaudrait mieux disséquer le pédicule au bistouri que de risquer d'ouvrir les veines volumineuses car il est essentiel pour les suites que cette opération soit absolument exsangue.

« Dès l'instant où l'utérus est libéré de ses adhérences, l'élasticité du pédicule utéro-vaginal distendu l'attire dans le bassin où il retrouve sa place normale ».

« Il ne reste plus qu'à fermer la paroi en trois plans.

« Doit-on après la réintégration établir un drainage de l'abdomen. Par mesure de prudence nous avons drainé dans les premiers cas que nous avons eu à traiter. Actuellement, nous fermons l'abdomen sans drainage. Non seulement nous n'avons eu aucun accident à regretter mais les suites opératoires nous ont paru plus favorables qu'après drainage ».

« Les suites opératoires de cette seconde intervention sont d'une grande simplicité, dans un cas cependant appartenant à M. Vaudescal dans le service de M. le Pr Brindeau la réintégration de l'utérus dans le bassin fut suivie malgré le drainage d'une réaction péritonéale très vive et très inquiétante qui cependant se termina par la guérison ».

Nous n'avons pas dans nos cas apporté de grande modification à cette technique. Nous n'avons pourtant employé que le catgut n° 2 comme suture.

Dans les suites opératoires nous nous sommes bien trouvé du nettoyage au Dakin et dans les observations où il y a eu désunion nous avons drainé. Le drain de moyen calibre était introduit dans l'utérus de telle sorte que le liquide de lavage ressorte par le vagin.

Nous avons dans plusieurs cas pratiqué contre l'infection des injections intra-veineuses de septicémine.

Enfin, après la réintégration de l'utérus une poussée de température semble avoir cédé à une injection de « propidon ».

DEUXIÈME PARTIE

DOCUMENTS

I. — Observations publiées

a) Réunion de l'utérus par première intention.

Observation n° 1. — In Portes, *Gyn. et obs.*, 1924. T. X, n° 4, p. 244.

Observation n° 2. — In Portes, *Gyn. et obs.*, 1924, t. X, n° 4, p. 249.

Observation n° 3. (Maternité n° 1965 de 1925). — In Cleisz, *Bulletin Société obst. et gyn. de Paris*, 1926, p. 725.

Observation n° 4. — In Berson, *Bulletin Société obst. et Gyn. de Paris*, 1924.

Observation n° 5. — Maternité n° 1788 de 1924. In Berson, *Bulletin obst. et gyn. de Paris*, p. 586.

Observation n° 6. (Service du Dr Devraigne). — In Guéniot, *Revue Française de Gyn. et Obst.*, 1924, p. 583.

Observation n° 7. — Pr Bustamente, *La Havane, Cuba Revista Medical. Cubana*, 1925 n° 1, p. 10.

Observation n° 8. (Clinique obstétricale de Bordeaux. Pr Rivière). — In *Bulletin Société Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 1925.

Observation n° 9. (Hôpital d'Hanoï. Dr Le Roy des Barres). — In *Bulletin de la Société médico-chirurgicale de l'Indo-Chine* 1925, n° 4, p. 177.

b) Désunion de l'utérus.

Observation n° 10. (Maternité, 1923). — In Portes, *Bulletin Société obst. et Gyn. de Paris*, 1924, n° 3. Observation princeps.

Observation n° 11. (Clinique Baudelocque n° 532 de 1924). — In Portès, *Gyn. et Obst.*, 1924, n° 4, p. 246.

Observation n° 12. (Maternité Cognac-Jay). — In Scemla, Thèse de Paris, 1925, p. 57.

Observation n° 13. (Maternité Cognac-Jay). Dr Greder. — In Thèse de Scemla. Paris, 1925, p. 53.

Observation n° 14. — Pr Bustamente. *La Havane Cuba, Revista Medica Cubana*, 1925, b° 1, p. 5.

Observation n° 15. (Clinique obstétricale de Toulouse, Pr Audebert). — In *Revue Française de Gyn. et Obst.*, 19^e année, n° 16 de 1924, p. 497.

Observation n° 16. (Clinique Tarnier. Dr Vaudescal). — In Scemla, Thèse de Paris, 1925, p. 62.

Observation n° 17. — Iracta et Moron. *La Semana Medica Buenos-Ayres*, année 31, 1924, t. XLVI, p. 1111.

Observation n° 18. (Clinique obstétricale de Bordeaux. Pr Rivière). — In *Bulletin Société Obst. et Gyn. de Bordeaux*, 1925.

Observation n° 19. (Maternité Ramos Mejia, Buenos-Aires. Dr Palacios-Costa). — In *Bulletin Société Obst. et Gyn.*, 1925.

Observation n° 20. — L. Bosch. Aviles Y. P. Puig y Reig. In *Revista Española de Medicina y Cirugía*. Barcelone, juillet 1925, p. 1.

c) Extériorisation suivie d'hystérectomie.

Observation n° 21. (Maternité n° 1476 de 1926). — In Gleisz. *Bull. Soc. Obst. et Gyn. de Paris* de 1924, p. 725.

Observation n° 22. (Maternité n° 2145 de 1924). — In Gleisz. *Bull. Soc. obst. et gyn. de Paris*, 1924, p. 725.

Observation n° 23. (MM. Risacher et Laffitte. Maternité n° 2185 de 1925).— In *Bull. soc. Obst. et Gyn. de Paris*, 1925.

Observations inédites

a) Réunion de l'utérus par première intention.

Observation n° 24. — (Clinique Baudelocque n° 1492 de 1924).

Deuxième pare de 24 ans. Première gestation, accouchement spontané. Enfant vivant.

Gestation actuelle. La malade entre à Baudelocque à terme le 12 octobre 1924 en travail depuis la veille. A l'examen présentation céphalique non engagée. Signe de souffrance fœtale. Dilatation petite paume. Col œdématisé, rigide, membranes rompues depuis 21 heures, bassin légèrement rétréci. Température 38,5. Pouls, 120. On décide de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Premier temps opératoire, sans particularité. L'utérus revenant mal sur lui-même on injecte de l'ergotine. Suites simples. L'utérus cicatrisé par première intention.

Réintégration 13 jours après l'extériorisation sans drainage. Cette malade revue le 8 décembre 1925 déclare qu'elle exerce la profession de receveuse des tramways sans aucune fatigue et sans douleur. Les règles sont normales et non douloureuses. A l'examen on note une petite éventration sous-ombilicale. L'utérus de volume normal est antéversé et mobile en tous sens. Les annexes droites ne sont ni perceptibles ni douloureuses. Les annexes gauches sont augmentées de volume (mandarine), mais ne sont pas douloureuses, leur contour est arrondi et elles donnent l'impression d'être kystiques. L'enfant est actuellement vivant.

Observation n° 25 — (Clinique Baudelocque n° 1551 de 1924).

Deuxième pare de 32 ans entrée à Baudelocque le 21 octobre 1924.

Première gestation forceps. Enfant macéré. Gestation actuelle, présentation céphalique mobile au-dessus du détroit supérieur ne paraissant pas déborder. Bruits du cœur irréguliers et soufflants. Bassin rétréci, col long, membranes rompues depuis 48 heures. Température 37°. Pouls 100. M. Couvelaire décide de faire pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. Premier temps opératoire sans particularité. Les suites sont caractérisées le 12^e jour par une désunion de la cicatrice abdominale avec issue d'anses intestinales recouvertes d'exsudats fibrineux. On décide de pratiquer la réintégration immédiate de l'utérus en même temps que la cure de l'éviscération. Drainage, suites simples. Cette malade est réopérée le 16 octobre 1925 pour fistule utéro-pariétale. Au cours de l'intervention on se rend compte que la fistule était entretenue par une soie qui avait été oubliée sur l'utérus cicatrisé par première intention. On se rend compte au cours de l'opération que les annexes sont saines. Tout au plus existe-t-il un léger degré de réaction péritonéale du ligament large en sorte que l'ovaire de chaque côté est un peu plus voisin de l'utérus que normalement. Les trompes sont perméables. Suites simples. Avant cette seconde intervention la malade n'accusait aucune douleur ni aucune perte anormale.

Observation n° 26. (Maternité de l'Hôpital St-Antoine. Docteur Levant.)

Deuxième pare entre à la Maternité de St-Antoine le 10 novembre 1924. Première gestation, basiotripsie à terme, gestation actuelle. A l'examen l'utérus normalement développé, tête mobile débordant franchement la symphyse pubienne, dos à droite, bruits du cœur très bons.

La malade a perdu les eaux pendant la nuit et a été examinée en ville avant son entrée.

Le col est dilaté comme 2 francs, on décide de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation de l'utérus. Premier temps opératoire sans particularité. Suites simples. Utérus cicatrisé par première intention. Réintégration le 22^e jour sans drainage. Suites simples. La mère et l'enfant sortent en bon état. Revue 3 mois après, la malade n'accuse aucune douleur, l'utérus n'est pas douloureux, il est très mobile et particulièrement petit. Cette malade le 8 décembre 1925 nous apprend qu'elle a allaité pendant 3 mois et que les règles n'ont reparues que 3 mois après l'opération. Elles sont depuis régulières et non douloureuses, mais durent quelquefois plus qu'avant l'opération. Cette femme a une vie active et fait son ménage sans fatigue. A l'examen, la paroi abdominale est en parfait état, l'utérus est antéversé. Il est petit, mobile en tout sens.

Les annexes toutes deux perceptibles ne sont pas augmentées de volume et ne sont pas douloureuses. L'annexe gauche présente cependant une légère sensibilité.

Observation n° 27. (Clinique Baudelocque n° 1846 de 1924).

Quatrième pare de 30 ans.

Première gestation, forceps, enfant vivant.

Deuxième gestation, accouchement spontané, enfant vivant.

Troisième gestation, avortement de 6 mois.

Gestation actuelle : la malade entre à terme en travail le 12 décembre 1924 à 12 h 30. Les membranes sont rompues depuis 4 heures. Il s'agit d'une présentation céphalique avec disproportion nette. Enfant vivant. Bassin notablement rétréci. En raison des accouchements antérieurs on décide de tenter l'épreuve du travail.

Le 13 décembre à 15 heures aucun progrès sensible de la descente de la tête. Dilatation 2 francs. Température

37° 5. **M. Couvelaire** décide de faire pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. Premier temps opératoire sans particularité. Suites simples, réintégration de l'utérus 1 mois après la première opération.

Observation n° 28. (Docteur **Viala**. Communiquée par le Docteur **Portes**)

Primipare de 32 ans. **M. Viala** est appelé en ville auprès de cette malade le 7 mars 1925 alors qu'elle était en douleurs depuis 36 heures. A l'examen bassin généralement rétréci. Poche des eaux rompue depuis 12 heures. Dilatation 5 francs. Gros col œdématié. Tête surplombant le détroit supérieur. Gros enfant vivant, température 38° 2. Pouls à 100. On décide de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. Premier temps opératoire révèle la fétidité du liquide amniotique. Suites simples. L'utérus cicatrise par première intention. Réintégration le 27^e jour. Actuellement la malade est en bon état et n'accuse aucune douleur.

Observation n° 29. (Maternité de Port-Royal n° 1277 de 1925. Service du Docteur **Rudaux**.)

Primipare de 25 ans entrée le 11 mai 1925. A l'examen présentation transversale. Enfant vivant. Membrane rompue depuis 7 heures. Température 37° 4. Pouls 84. On décide de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. Premier temps opératoire, sans incident. Réintégration 22 jours après.

Observation n° 30. (Maternité de l'Hôpital St-Antoine. Service du Docteur **Lévy-Solal**.)

Deuxième pare de 35 ans, entrée le 25 août 1925. Première gestation : accouchement spontané. Enfant mort. Gestation/actuelle : présentation céphalique non enga-

gée. Bassin rétréci. On décide de tenter l'épreuve du travail. Rupture des membranes à petite paume. Les bruits du cœur se modifient. La dilatation reste stationnaire. La température s'élève à 38°8. On décide de pratiquer la césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Premier temps opératoire, sans particularité. Les suites sont caractérisées par des phénomènes pulmonaires sans gravité. Réintégration 22 jours après la 1^{re} intervention.

b) Désunion de l'utérus

Observation n° 31. (Hôpital Lariboisière. Service du Docteur Devraigne.)

Primipare. Bassin rétréci. Présentation céphalique non engagée, ne débordant pas. On décide de tenter l'épreuve du travail. Rupture des membranes à la dilatation de 1 franc. La tête se fixe et on espère que l'accouchement spontané sera possible, mais les bruits du cœur se modifient et la température de la femme s'élève à 38° 8. Désunion totale de la suture utérine, nécessitant une suture secondaire. Réintégration 37 jours après avec drainage. Suites simples.

Observation n° 32. (Maternité Cognac-Jay. Docteur Greder).

Primipare. Présentation céphalique non engagée. Membranes rompues depuis 48 heures. Température 38°5. Désunion de la suture utérine. Phlébite. Réintégration 1 mois après la première intervention. Ultérieurement éventration. Cette observation est intéressante en ce fait que, au cours de l'intervention de la cure de l'éventration, il existait de nombreuses adhérences entre l'épiploon, l'utérus et les annexes. Ces dernières étaient encore agglomérées mais les trompes étaient perméables.

c) Hystérectomie secondaire.

Observation n° 33. (Maternité de Port-Royal, n° 3460 de 1925.)

Il s'agit d'une primipare de 31 ans. Présentation céphalique non engagée. Température 38°5. Rupture prématurée des membranes. Malgré l'hystérectomie pratiquée le lendemain, étant donné la température à 40°, le pouls à 140. l'apparition d'une dyspnée extrêmement vive, la malade meurt le jour après.

3. Observations personnelles.

a) Réunion de l'utérus par première intention.

Observation n° 34. (Hôpital de Saint-Germain)

Madame B... 44 ans. Service du Docteur Lamare. Cette malade est entrée à l'hôpital le 23 novembre à 10 heures du soir, elle était en travail depuis la veille. Les membranes étaient rompues depuis 4 heures de l'après-midi. La température était à 36°, le pouls à 90. L'examen montrait qu'il s'agissait d'un gros enfant se présentant par le sommet, la tête n'était pas engagée, il existait une disproportion très nette entre la tête et l'excavation.

Au point de vue des antécédents, il s'agissait d'une 6^e pare. Elle avait eu un premier enfant à 23 ans, l'accouchement avait été normal. Un 2^e accouchement normal à 24 ans. Un 3^e accouchement normal à 26 ans. Un 4^e enfant à 29 ans sur lequel on avait pratiqué une basiotripsie à Dieppe. Un 5^e enfant enfin sur lequel on avait pratiqué une basiotripsie à Tarnier.

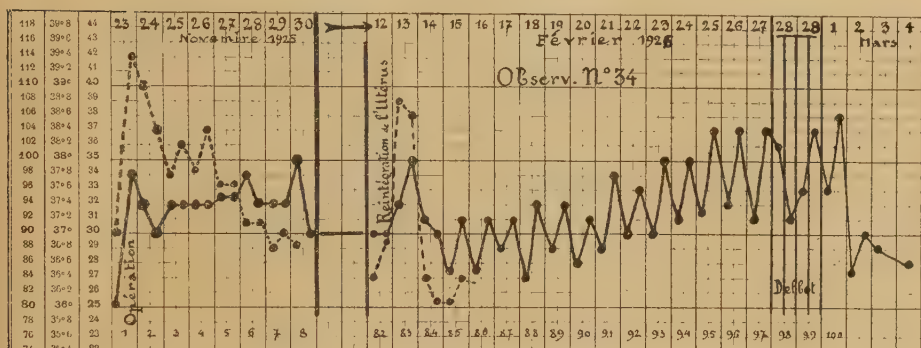
Etant donné le bon état général de la femme on tente un forceps au détroit supérieur. Trois tentatives renouve-

lées n'amènent aucun résultat. Les bruits du cœur restent bons.

On décide alors de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Cette opération est pratiquée par le Docteur Lamare aidé de nous-même. Elle se passe sans incident. L'enfant vivant est extrait. Il pèse 4 kgr. 150.

Dans la suite la suture utérine faite au catgut ne se désunie pas, mais pendant longtemps la plaie utérine suppure. On traite la plaie successivement à la bouillie lactique, au Dakin. Nous avons fait examiner les microbes en cause.



Au début on trouvait quelques colis et du streptocoque à forme courte. Très rapidement il n'y eut plus que du staphylocoque.

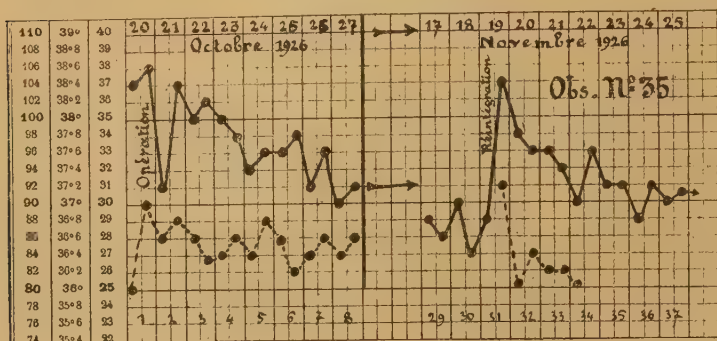
L'utérus est réintégré 81 jours après, sans incident. Une légère poussée de température est traitée par le vaccin Delbet.

La malade sort guérie après 30 jours.

Cette malade a été revue par nous le 15 janvier 1927; elle a toujours eu ses règles normales. A l'examen, l'utérus est de volume normal, mobile et non douloureux. Les annexes ne sont pas perceptibles. L'enfant est vivant.

Observation n° 35. (Hôpital de Saint-Germain. Service du Dr Larget).

Mme D..., 32 ans. Il s'agit d'une malade ayant déjà présenté une grossesse à l'âge de 28 ans. L'extraction de l'enfant a nécessité une application de forceps. L'enfant est mort 15 jours après. Le 20 octobre 1926, elle entre à l'hôpital en dilatation de petite paume; la poche des eaux est rompue depuis la veille 11 heures du soir. La tempé-



rature est de 38°4. Le pouls à 80. La présentation se fait par le sommet, la tête n'est pas engagée. Il existe une disproportion pelvi-fœtale très appréciable. De plus, l'examen montre que le détroit inférieur est lui aussi très rétréci. À midi, la dilatation est complète, la tête ne s'est toujours pas engagée, les bruits du cœur sont bons, on décide de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

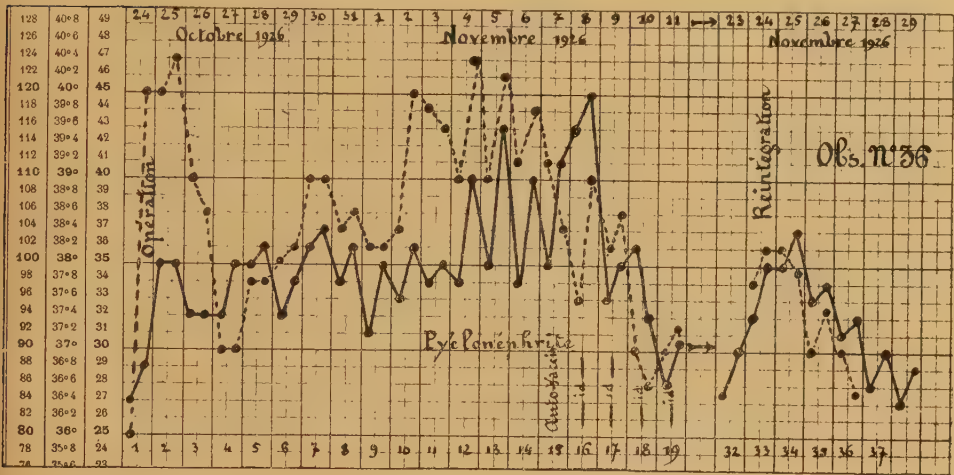
Le premier temps se passe sans incident (opérateur M. Larget). Dans les jours qui suivent les suites sont absolument normales. L'utérus est réintégré le 31^e jour. La malade sort guérie le 12 décembre 1926.

Nous avons revu cette malade le 17 janvier 1927; elle ne souffre pas. L'utérus de volume normal est mobile et non douloureux. L'ovaire gauche est perceptible. L'enfant

est mort de convulsions 3 semaines après l'opération. Nous avons conseillé à cette malade un traitement anti-spécifique.

Observation n° 36. (Hôpital de Saint-Germain. Service du Dr Larget).

Mme B..., 27 ans. Il s'agit d'une primipare qui entre à l'hôpital le 24 octobre 1926. On est en présence d'une présentation céphalique non engagée, le bassin est rétréci;



la mensuration du diamètre promonto-sous-pubien donne 8,5. La dilatation est de 5 francs. La poche des eaux est rompue depuis la veille. Les douleurs ont cessé. La température est à 36°4, le pouls à 80. L'épreuve du travail n'ayant pas donné de résultat, on pratique une césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus. Le Dr Larget extrait un enfant vivant.

9 jours après l'opération, une poussée de pyélo-néphrite à colibacilles cède rapidement à des injections d'auto-vaccin.

On réintègre l'utérus 33 jours après sans incident.

Elle sort guérie 18 jours après avec son enfant.

Nous avons eu des nouvelles de cette malade qui dit ne pas souffrir.

Observation n° 37. (Cas opéré en ville par le Dr Larget).

Cette femme a été vue le 20 novembre 1926 par le Dr Larget. La poche des eaux était rompue depuis 12 heures.

Il s'agissait d'une présentation céphalique avec disproportion fœto-pelvienne nette.

La dilatation était complète.

L'enfant était vivant.

La température avant l'opération était de 38°2; le pouls à 120.

On décida de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

L'opération eut lieu à la clinique du Dr Larget à 14 heures et demi.

Le premier temps eut lieu sans incident. Mais l'enfant ne put être ranimé.

La malade ayant demandé à retourner chez elle, elle fut suivie à Houilles par le Dr Lasrochas.

La réintégration eut lieu le 13 janvier 1927 sans aucun incident. Les suites furent très simples. Le 20 janvier 1927 la malade s'est levée.

b) Désunion de l'utérus.

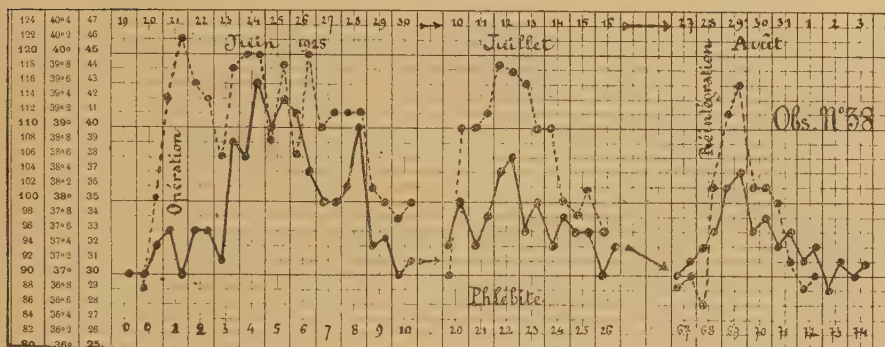
Observation n° 38. — Hôpital de St-Germain. Service du Dr Larget.

Mme M..., 27 ans. Primipare entrée le 19 juin 1925. Il s'agit d'une femme enceinte de 7 mois et demi. Depuis 10 jours, elle présente un œdème très prononcé des membres inférieurs, des céphalées violentes, et une amaurose complète. Il existe 16 grammes d'albumine par litre et du pus en présence très notable dans ses urines. Chez elle, sa

température, dit-elle, n'a pas dépassé 37°. La rupture des eaux s'est produite le 19 juin au matin.

Elle entre donc à l'hôpital le 19 au soir. On pratique immédiatement une saignée.

Le 20 au matin, comme les phénomènes ne s'amendent pas, on pratique sous anesthésie au chloroforme des essais de dilatations manuelles, aux bougies, sans résultat. On essaye ensuite de poser un ballon. C'est qu'en effet, le col



est très épais, œdématisé : la dilatation est de 2 fr. environ.

A la suite de ces manœuvres, il se produit une hémorragie abondante. Les bruits du cœur ne sont plus perceptibles, la tête est engagée.

Le 20 au soir, la malade est en mauvais état. Elle est très agitée, présente de la bouffissure de la face et continue à perdre.

On fait à la malade du sérum glucosé-intra-veineux, car on voudrait attendre une dilatation un peu plus considérable pour pratiquer une basiotripsie. La température est alors à 37° 4. Le pouls à 100.

Le 21, on note une amélioration légère; il existe moins de torpeur. A 11 heures du matin, les douleurs reparaissent tous les quarts d'heure. Vers 13 heures, il existe des dou-

leurs rythmiques. L'état général est meilleur, mais la dilatation ne progresse pas du tout.

On décide de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

L'opération est pratiquée par le Dr **Larget**. On fait une laparotomie sus et sous-ombilicale. On note de l'œdème de la paroi sous-jacente.

L'incision de l'utérus montre que le liquide amniotique est fétide. L'enfant est mort.

Le soir de l'opération, l'état de la malade est stationnaire.

Le 22 juin, l'utérus extériorisé est blanchâtre et il existe un écoulement vaginal sans grand caractère.

L'état général paraît meilleur. Un examen d'urée sanguine donne un chiffre de 0 gr. 78. D'albumine : 0 gr. 05. La malade présente toujours de la torpeur et de l'amaurose.

Le 23, localement on remarque que les pédicules utéro-ovariens sont œdématisés. L'utérus suppure très peu; la surface est plus rosée. Dans les jours qui suivent la surface utérine commence à se sphacéler : il s'écoule une sérosité purulente. La température monte à plus de 39°. On désunit la suture. Rien ne s'écoule à l'extérieur. On place un drain à l'intérieur de l'utérus de façon à pratiquer des lavages au Dakin. L'état général s'améliore considérablement.

Le 29 juin, la malade est complètement apyrétique; la torpeur a disparu. La malade a désormais une vision normale. L'albumine est disparue, le taux de l'urée sanguine est normal.

Au point de vue local, les pansements d'abord faits au sérum physiologique sont ensuite pratiqués à la bouillie lactique.

Le 11 juillet, la malade ressent un point de côté axillaire et présente de la dyspnée. L'auscultation montre un

petit foyer de râles fins. Il s'agit donc, probablement, d'une embolie.

Le 12 juillet, le pouls s'accélère à 120. La température monte à 38°4; elle se plaint d'une vive douleur dans le mollet gauche. A l'examen : la saphène est dure et douloureuse. On met la malade en gouttière. Ces phénomènes s'amendent très rapidement.

Une nouvelle poussée, vraisemblablement phlébitique, se produit le 21 juillet.

Dans le courant d'août, la malade se plaint de phénomènes douloureux que l'on rattache à une cystite à colibacilles. La preuve en est faite par le laboratoire.

Peu à peu, ces phénomènes finissent par disparaître et le 28 août l'utérus est réintégré sans aucun incident méritant d'être signalé.

La malade sort le 15 septembre en bon état.

Cette malade a été revue un an après par le Dr Larget.

Il a constaté que l'utérus était mobile, en antéversion.

Elle présente encore des signes de cystite et de pyélonéphrite chronique. Ses règles sont irrégulières.

Observation n° 39. — Hôpital de St-Germain. Service du Dr Larget.

Mme T..., 27 ans, primipare.

Cette malade entre à l'hôpital le 10 avril 1926 à 8 heures du matin.

La poche des eaux est rompue depuis la veille au soir 7 heures.

A l'examen : on constate qu'il s'agit d'un bassin rétréci. Le promonto-sous-pubien mesure 8 centimètres. Il existe une disproportion fœto-pelvienne nette, la dilatation est de 5 francs. La température à 38°. Le pouls à 100.

Le travail est complètement arrêté.

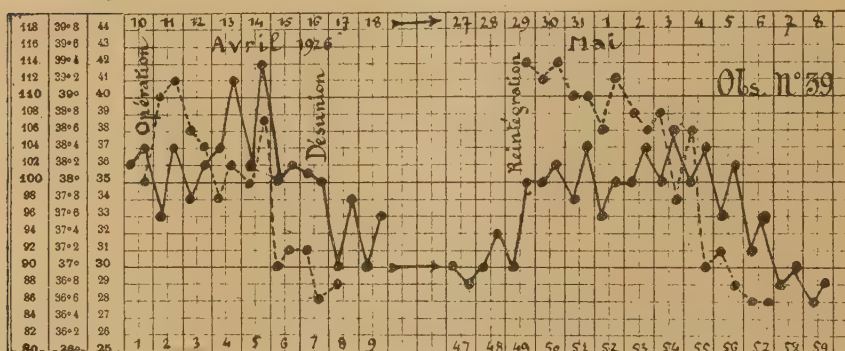
En présence de ces faits, on décide de pratiquer une cé-

sarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Le premier temps opératoire se passe sans incident, suivant la technique habituelle.

L'opérateur était le Dr Larget, assisté de nous-même.

Trois jours après l'intervention, la température est de 39°2. Le pouls à 100. La plaie utérine présente du sphacèle. Elle se désunit rapidement. On draine alors au Dakin par l'intermédiaire d'un tube en caoutchouc ressortant par le vagin.



* Les signes d'infection cèdent au bout de deux jours.

Il ne se produit aucun incident jusqu'au 29 mai, date à laquelle on procède à la réintégration de l'utérus. Cette femme sort 14 jours après avec son enfant, en bon état tous deux.

Nous avons revu cette malade travaillant dans un champ au cours d'un remplacement que nous avons fait à Houilles.

La malade se trouve très bien, nous l'avons examinée le lendemain (18 septembre 1926). L'utérus était mobile. Les annexes non perceptibles. Il existait seulement une légère éventration. Les règles étaient normales. L'enfant est mort de gastro-entérite.

Cas particuliers

Sous cette rubrique nous grouperons quelques observations publiées ou inédites qui ne rentrent pas dans le cadre des observations précédentes.

a) Observations publiées.

Observation n° 40. — Luis Perez. Opération de Portes.
La Semana Medica n° 20, 1925.

b) Observation inédite.

Observation n° 41. (Clinique Baudelocque n° 1420 de 1924).

Deuxième pare de 22 ans. Première gestation, accouchement spontané. Enfant mort. Infection puerpérale sévère.

Gestation actuelle : La malade est amenée à la clinique en travail depuis 3 jours; les membranes sont rompues depuis 21 heures.

A l'examen, présentation céphalique non engagée. Promontoire accessible à 8,6 centimètres. Dilatation 2 francs. Température 37°3. Pouls, 110.

On décide de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Le premier temps opératoire n'a présenté aucune particularité, mais immédiatement après son réveil, la femme se trouve dans un état de choc inquiétant. Elle meurt 4 heures après l'intervention.

On pratique une vérification immédiate de la région opératoire, et l'on constate alors que l'utérus, derrière le pansement, s'est rempli de sang et que manifestement cette femme est morte d'hémorragie de la délivrance méconnue.

L'enfant est mort à la fin de la même journée.

Observation n° 42. (Maternité Cognac-Jay. Dr Greder.)

Primipare de 31 ans. Entre le 11 août 1924 à 20 heures, membranes rompues depuis 4 heures.

A l'examen tête très mobile, non engagée, ne paraissant pas déborder. Enfant vivant. Col long perméable au doigt. Bassin généralement rétréci.

Le 12 août à 18 heures la femme est franchement en travail; les bruits du cœur se modifient. La dilatation est de 50 cent. A 21 heures, la tête n'est pas engagée.

On décide de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Immédiatement après l'intervention, état de choc très accusé. L'utérus se rétracte mal. La malade meurt 4 heures après.

Observation n° 43. (Maternité de Port-Royal n° 309 de 1925).

Deuxième pare de 30 ans entre à la maternité le 28 janvier 1925. Cette femme est amenée de ville avec des membranes rompues depuis longtemps. Dilatation de 5 francs. Col œdématié. Température 38°. Pouls 104. Tête élevée. Bassin rétréci. On décide de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus.

Premier temps opératoire sans particularité. Dans les suites développement d'une septicémie sans réaction péritonéale.

La femme succombe le 8^e jour sans qu'on ait pratiqué une hystérectomie secondaire.

Observation n° 44. (Maternité de l'Hôpital St-Louis. Dr Guéniot.)

Deuxième pare de 30 ans, entre le 27 décembre 1924.

A l'examen présentation céphalique. Membranes rompues depuis la veille. Tumeur prévia de la grosseur d'une orange température 37°3. Pouls 120.

On décide de pratiquer une césarienne au cours de laquelle on constate que la tumeur prévia est un fibrome de la partie postérieure du segment inférieur. On laisse l'utérus extériorisé dans l'espoir de faire secondairement une myomectomie sur l'utérus involué.

La malade meurt peu de temps après l'intervention, avec les symptômes de grande embolie.

Résultats immédiats et éloignés de la césarienne suivie de l'extériorisation temporaire de l'utérus.

(Groupement des observations).

Sur 44 observations que nous citons, on a observé :

a) Résultats immédiats.

1° Vingt cas où l'utérus a cicatrisé par première intention (observations n° 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 34, 35, 36 et 36).

2° Quinze cas où la suture utérine s'est désunie (observations n° 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 31, 32, 38 et 39).

3° Quatre cas où l'on a pratiqué l'hystérectomie secondaire. (Observations n° 21, 22, 23 et 33) (dont 2 cas de mort, obs. 21 et 33).

4° Cinq cas de mort sans qu'on ait pratiqué l'hystérectomie (obs. n° 40, 41, 42, 43 et 44).

Parmi les sept cas de mort que nous signalons on peut remarquer qu'un cas était dû à l'insuffisance d'occlusion de la paroi abdominale (obs. n° 21).

Un cas à une septicémie suraiguë (observation n° 33).

Un cas à une granulie (observation n° 40).

Deux cas à une hémorragie de la délivrance (observations n° 41 et 42).

Un cas à une embolie (observation n° 44).

Un cas à une septicémie suraiguë sans réaction péritonéale (observation n° 43).

Lorsque les femmes étaient seulement suspectes d'infection ou lorsqu'elles paraissaient légèrement infectées et que l'utérus ne s'est pas désuni ou aurait pu pratiquer une césarienne basse. Mais cette opération aurait peut-être été dangereuse comme semblent le montrer certaines observations où il y a eu désunion bien qu'il n'y eut pas grand signe d'infection (observ. n° 15, 18).

Dans les cas infectés, lorsqu'il y a eu désunion utérine, nous pensons qu'il était dangereux de faire une césarienne basse car il aurait pu y avoir des suites fâcheuses.

Lorsqu'on a pratiqué l'hystérectomie on juge de l'avantage de la méthode qui mettant le foyer infectieux sous les yeux permet de le supprimer si simplement.

En outre, les observations démontrent qu'il existe des infections de virulence telle qu'elles paraissent actuellement être au-dessus des ressources opératoires.

Nous voyons enfin avec quelle facilité l'utérus est réintégré. Les suites de cette seconde intervention sont toujours bénignes.

b) Résultats éloignés.

Sur 24 femmes qui ont pu être revues et qui n'ont pas subi l'hystérectomie secondaire, on constate 22 cas très favorables (observ. n° 1, 2, 3, 4, 5, 25, 26, 8, 28, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 34, 35, 36, 39).

Deux cas peuvent être un peu plus douteux (obs. 24 et 28).

Les femmes sont en parfait état de santé. Elles exercent pour la plupart une profession fatigante (ménagères, receveuses de tramway, vendeuses, paysannes); sans aucun trouble et sans douleurs.

Leurs règles se manifestent comme par le passé, leur utérus est mobile, les annexes non douloureuses.

Les autres présentent quelques douleurs liées vraisemblablement à des adhérences.

Les femmes ayant subi la césarienne avec extériorisation de l'utérus peuvent-elles avoir des enfants?

On pouvait le prévoir, étant donné que dans tous les cas où ce phénomène a été recherché, on a constaté la perméabilité des trompes, et que des examens histologiques ont montré que le parenchyme ovarien était indemne.

On peut maintenant l'affirmer grâce à une observation communiquée par M. le Professeur **Couvelaire** à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris; il s'agit d'une femme opérée à la Maternité en 1924. Sa grossesse s'est passée très simplement. Elle vient

de subir une césarienne haute au début du travail. L'enfant pèse 3.200 grammes. L'opération elle-même a été très simple; on a trouvé quelques adhérences épiploïques à la paroi mais l'utérus était complètement mobile.

TROISIÈME PARTIE

INDICATIONS DE LA CÉSARIENNE, SUIVIE D'EXTÉRIORISATION TEMPORAIRE DE L'UTÉRUS.

Nous venons de voir par l'étude des observations précédentes que les indications de l'opération de Portes sont limitées au cas d'infection utérine, alors que l'enfant ne peut être extrait vivant par les voies naturelles quelle que soit la cause de cette impossibilité.

Auparavant, trois éventualités s'offraient à l'accoucheur :

1° **La césarienne corporeale** : actuellement la question est jugée, et tout le monde est d'accord.

D'après les statistiques de **Nerwel**, de **Williams**, **Bar**, **Routh**, **Muroker** et **Holland**, en groupant les cas impurs, ceux franchement infectés on arrive à une moyenne de plus de 20 % de décès. L'opération est elle-même en cause puisque la mort survient par péritonite dans 98 % des cas.

2° **La basiotripsie** : donne une mortalité de 10,8 à 12,5 (statistique d'**Hudebert**, statistiques allemandes). En outre, dans de nombreuses observations citées plus haut, l'enfant était vivant.

Il aurait fallu le sacrifier. La basiotripsie se discutera dans les cas d'enfant mort, où il n'y a pas infection considérable de l'utérus, où les manœuvres intra-utérines pourront se faire facilement, ce qui est rare dans les cas de dystocie, alors que l'on opère sur des utérus fatigués, lorsque l'œdème infectieux du col, la contracture rendent cette intervention très périlleuse.

3° Hystérectomie : que se soit l'opération de Porro, la subtotale ou la totale, c'est toujours une opération grave. Elle a enfin le désavantage de supprimer définitivement l'utérus et la fonction ovarienne. « C'est, dit **Vignes**, une grande pitié d'extirper des utérus à la fin des césariennes tardives, par prophylaxie d'une infection qui pourrait être fatale mais dont l'apparition est néanmoins hypothétique. Il y aurait grand intérêt pour la femme à conserver cet organe si cette pratique ne lui faisait pas courir un risque notable ».

Ces derniers temps l'attention des accoucheurs a été attirée vers de nouvelles solutions qui, à vrai dire, avaient déjà été envisagées dans le passé mais qu'on n'avait pas étudiées d'une façon systématique¹.

Ce sont :

- a) *L'extériorisation de la cicatrice utérine*;
- b) *La césarienne basse*;
- c) *L'extériorisation de l'utérus*, problème qui nous occupe surtout.

¹ Gottschalk avait en effet publié en 1910 un article où il décrit la césarienne, suivie d'extériorisation. Il ne semble pas qu'il ait appliqué ce procédé.

Nous envisagerons les avantages et les inconvénients de chacune de ces méthodes. Nous préciserons pour finir qu'elles sont les indications qui nous paraissent logiques de l'opération de Portes.

1. Extériorisation de la cicatrice.

Préconisée par **Lestocquoy** et par **Kower**, ce procédé consiste à isoler et à panser à plat ou avec un Mickulicz la cicatrice utérine en l'entourant à faible distance par une suture du péritoine pariétal au péritoine utérin.

Vignes signale que cette opération a donné cinq bons résultats sur cinq cas à **Kower**; deux bons résultats à **Portes** et à lui-même et qu'elle serait employée couramment par **G. S. Forster**.

Mais il faut réintervenir par la suite pour libérer les adhérences. En cas d'infection, il est probable que la suture péritonéale céderait, ainsi d'ailleurs que le pense **Vignes**. Elle donne donc peu de sécurité.

2. La césarienne basse.

Elle a des défenseurs et des détracteurs aussi ardents qu'éminents. Essayons, à la lueur des statistiques, de nous faire une opinion raisonnée.

Le Professeur **Brindeau**, sur 39 cas n'a eu qu'une mort, opérant cependant 32 fois avec des membranes rompues.

Wetterwald sur 101 femmes opérées depuis 1916 en compte 45 qui ont eu une ou plusieurs grossesses ul-

térieures. (soit 54 grossesses.) Elles se terminèrent 13 fois par une seconde section césarienne, et 40 fois par un accouchement par les voies naturelles, à terme, 34 fois sans aucune intervention. Une femme succomba à la suite d'une rupture de la cicatrice utérine.

Dans la thèse de **Marassi** sur 1200 cas on compte 3 % de décès.

Schikele a eu une mortalité de 3 %.

Ces précédentes statistiques groupent beaucoup de cas purs. Au contraire M. le professeur **Couvelaire** et le Docteur **Portes** se sont attachés à grouper 30 cas, surtout par rapport à l'infection ovulaire.

Ces 30 cas se répartissent ainsi :

1° quinze cas opérés au moment des premières douleurs. Dans 6 de ces cas il y avait rupture prématurée des membranes variant de 2 à 21 heures.

2° quatorze cas où il y avait disproportion légère entre la tête et le bassin, mais l'expectative s'était montrée inefficace.

Dans un seul de ces cas il y avait une élévation légère de température.

3° un cas où la césarienne basse fut pratiquée d'urgence chez une femme à dilatation complète ayant déjà subi plusieurs applications de forceps au détroit supérieur, ayant 38° 4 de température.

En serrant de plus près ces cas on constate que :

1° dans un premier groupe sur treize cas exempts d'infection, neuf fois les suites immédiates sont parfaites. quatre fois il existe des oscillations thermiques entre 38 et 39 pendant huit jours.

2° dans un deuxième groupe quinze cas suspects, l'apyrexie fut parfaite douze fois. Deux fois les suites furent fébriles pendant quinze à vingt jours.

Une fois il se produisit une phlébite double.

3° sur deux cas infectés une malade mourut dans l'heure qui suivit l'intervention.

Donc, sur trente cas la morbidité importante se résume à une phlébite double et la mortalité à un cas. Tous les enfants sauf un présentant un enfoncement du frontal, sont nés vivants et en bon état.

Sur dix-sept cas suspects nous trouvons une mort, une phlébite double.

Dans les inconvénients de la césarienne basse nous pouvons donc inscrire une mortalité plus grande et qui le serait certainement davantage si dans les cas infectés les partisans de cette méthode ne pratiquaient pas volontiers l'hystérectomie.

Notre maître le Docteur **Cathala** lui reconnaît d'autres inconvénients :

1° l'opération se fait en position déclive et le liquide amniotique se collectant en bas masque la zone opératoire et gêne l'intervention,

2° Le segment inférieur est étroitement appliqué sur la tête fœtale, ce qui force à une section lente déterminant une hémorragie qui masque le champ opératoire.

3° L'extraction du fœtus est souvent difficile, l'expression utérine traumatise l'utérus.

4° Le risque moindre d'infection du péritoine quand le liquide amniotique est infecté n'est pas démontré. Enfin la protection du péritoine est nettement insuf-

fisante et n'est pas plus assurée que dans les césariennes hautes.

5° La suture est moins parfaite, les lèvres du segment inférieur sont minces, s'ouvrant moins bien, et on a observé quelques cas de rupture de la cicatrice à la suite de césarienne faite sur le segment inférieur.

Passons maintenant aux avantages que certains auteurs reconnaissent à la césarienne basse.

1° avantages tenant à la situation de l'incision péritonéale.

- a) permettant une utilisation logique de la position de Fowler,
- b) la zone où l'on incise serait infiniment plus résistante à l'infection que le péritoine de la grande cavité. Les réactions adhérentielles seraient plus vives. La faculté de résolution toxique infiniment moins rapide.
- c) on fait une incision pariétale moins grande, on ne découvre pas les anses intestinales. On extériorise par l'utérus. On ne tire pas sur les mésos.
- d) on opère sur une zone fixe si bien que l'involution utérine n'en modifie pas les rapports,
- e) on peut poser un mickulicz.

2° avantages tenant à l'existence d'un feuillet péritonéal non adhérent à l'utérus. Elle est très chirurgicale et peut-être une barrière importante contre l'infection.

3° avantages tenant à la structure du segment inférieur.

- a) la partie incisée est la moins vasculaire,
- b) on peut exactement suturer les bords de la plaie, ce qui n'est pas toujours facile dans le cas de césarienne corporéale
- c) la cicatrice utérine est au repos et ne subit pas les contractions qui sur le corps utérin tentent à écarter les lèvres de la plaie.

Il est certain que la césarienne basse est une opération plus compliquée que la césarienne corporéale et que la césarienne suivie d'extériorisation. Il est certain que, dans la majorité des cas, comme le prouvent les statistiques, la barrière péritonéale que l'on dresse devant la suture peut arrêter l'infection dans de nombreux cas douteux.

Mais **Engelhard** dans sa thèse où il se montre pourtant un chaud partisan de la césarienne basse ne la pratique pas dans les cas franchement infectés. Il préfère l'hystérectomie.

Ce sont ces cas justement que vise l'extériorisation de l'utérus.

Engelhard reproche à cette méthode :

- 1° d'être difficilement acceptée en dehors du milieu hospitalier parce qu'elle se produit en deux temps
- 2° de gêner la circulation des pédicules utéro-ovariens et d'amener ainsi de l'œdème des annexes, favorisant l'infection veineuse.
- 3° de ne pas se prêter à tous les cas suspects,
- 4° dans les cas très infectés d'amener un désastre lorsque l'utérus est très septique. La mort

ne pourra être évitée même par une hystérectomie tardive, car l'infection sera alors générale.

Reprenons ces arguments :

Le premier n'a pas grande valeur s'ils s'agit de sauver la vie d'une femme, le fait de l'opérer deux fois n'a pas d'importance. Pareil cas se produit d'ailleurs souvent en chirurgie et nombreuses sont les interventions en deux temps. Une de nos observations concerne d'ailleurs une malade de ville.

Le deuxième argument a plus de valeur. Il est certain que le séjour à l'air d'un organe habitué aux profondeurs abdominales ne va pas sans quelques modifications de ce viscère. Le fait observé par le Dr Engelhard est cependant exceptionnel, les observations montrent avec assez d'évidence qu'une fois réintégrées les annexes redeviennent pratiquement normales. Les cas d'embolies sont fréquents aussi dans toutes les opérations sur le petit bassin. Elles ne nous ont pas paru plus fréquentes que dans les hystérectomies pour causes chirurgicales par exemple.

Quant au troisième argument, nous pensons, pour nous, qu'on peut toujours essayer de pratiquer une césarienne suivie d'extériorisation.

Pour ce qui est du quatrième argument, une observation de MM. **Risacher** et **Laffitte** (obs. n° 23) répond victorieusement à cette objection.

Le cas signalé par M. le Pr **Couvelaire** montre enfin que la cicatrice utérine a été de bonne qua-

lité puisqu'elle a permis à la femme de mener à bien une grossesse.

Nous croyons que, s'il y a une part de vérité dans les remarques d'**Engelhard**, il est de toute évidence qu'il vaut mieux essayer de conserver aux malades leur utérus et leurs ovaires.

A notre sens, **il ne convient pas d'opposer la césarienne basse à l'opération de Portes.**

Ces deux opérations s'appliquent à des cas différents qui, s'ils sont parfois limitrophes, sont pourtant bien délimités.

Nous croyons qu'il est utile de pratiquer une césarienne basse lorsqu'on est en présence de cas douteux mais non franchement septiques. La césarienne basse s'oppose alors à la césarienne corporéale.

Il convient, semble-t-il, de faire une césarienne suivie d'extériorisation dans les cas franchement septiques.

Mais sur quoi se baser pour préciser cette septicité. C'est là où la question devient difficile.

Il faut, croyons-nous, tenir compte :

1° De la fièvre;

2° De la rapidité du pouls.

3° Du temps écoulé depuis le début du travail.

4° Surtout du temps écoulé depuis la rupture de la poche des eaux.

5° De la présence d'une infection vulvaire ou vaginale.

6° Du nombre des touchers et de leur septicité plus ou moins relative.

7° Des tentatives infructueuses d'extraction basse;

8° De l'odeur fétide du liquide amniotique.

9° De l'état de contracture plus ou moins grand de l'utérus.

10e De l'œdème du col s'il en existe.

Ces signes sont quelquefois difficiles à apprécier dans les cas limites. Quelques femmes qui ne semblaient pas infectées ont présenté des désunions de cicatrice qui montraient qu'elles l'étaient plus qu'on ne le pensait. Suivant l'expression du Pr **Couvelaire** « en l'absence d'un contrôle bactériologique actuellement irréalisable on joue le succès sur un coup de dé ». Raison de plus pour pratiquer plus souvent la césarienne avec extériorisation qui fait courir moins de risques.

C'est dire que le choix de l'opération à pratiquer est bien souvent une question d'espèce.

Nous croyons cependant qu'il est sage en cas de doute de faire pencher la balance en faveur de la césarienne suivie d'extériorisation qui paraît sûre, conservatrice et de technique facile.

Ses suites en sont très souvent satisfaisantes. L'avenir obstétrical et génital des opérées semble à peu près complètement conservé.

Il nous semble que cette opération mérite d'entrer dans la pratique courante tout en considérant ses indications comme exceptionnelles. Elle comble heureusement la lacune entre la césarienne basse et l'hystérectomie.

Plus sûre dans les cas infectés que la première, elle remplace souvent la seconde en laissant aux femmes leur utérus et leurs ovaires.

CONCLUSIONS

La césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus se place dans le traitement des dystocies entre la césarienne basse et l'hystérectomie.

I. Elle ne s'oppose pas à la césarienne basse dont la véritable indication répond aux cas simplement suspects d'infection.

II. Elle s'oppose par contre dans les cas d'infection avérés, à l'hystérectomie systématique qu'elle permet d'éviter dans une large mesure, et à la basiotripsie.

III. Elle permet de surseoir à l'hystérectomie puisqu'elle met le foyer infectieux sous les yeux de l'accoucheur et qu'il peut, si cela devient nécessaire, pratiquer cette opération avec une remarquable facilité.

IV. Elle a le mérite de conserver aux femmes l'utérus et les annexes, ne supprime pas la fonction ovarienne et permet de nouvelles grossesses.

V. C'est une opération bien réglée dont le pronostic dépend surtout du degré d'infection générale de l'organisme.

Vu, le Doyen,

H. ROGER.

Vu, le Président,

COUVELAIRE .

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

P. LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

Nous avons donné dans le cours de notre thèse, les indications bibliographiques des observations publiées. Les articles originaux, thèses ou communications dont nous avons fait usage sont :

Portes. — La Césarienne suivie d'extériorisation temporaire de l'utérus. (*Gyn. et Obst.*, t. X, 1926, n° 4, p. 244 et 249).

Bar, Brindeau et Chambrelent. — La pratique de l'art des accouchements.

Scemla. — Thèse de Paris, 1925.

Couvellaire et Portes. — A propos de la Césarienne transpéritonéale basse. (*Soc. d'Obst. et Gyn. de Paris*, 19 nov. 1925),

Cathala. — De la valeur de la Césarienne transpéritonéale basse. (*Soc. d'Obst. et Gyn.*, 11 janv. 1926).

Brindeau. — De la Césarienne transpéritonéale supra-symphysaire. (*Presse médicale*, 10 mars 1926).

Ecalle. — Obs. Gyn. (*Revue générale*, in *Gazette des Hôpitaux*, 10 septembre 1925).

— Obs. et Gyn. (*Revue générale*, in *Gazette des Hôpitaux*, 24 nov. 1926).

Couvellaire. — Nouvelle grossesse d'une femme ayant subi antérieurement l'opération de Portes. (*Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 5 juil. 1926).

Vignes. — Les risques des césariennes pratiquées tardivement au cours du travail. (*Presse médicale*, 12 janv. 1927).

Engelhard (Albert). — Contribution à l'étude de la césarienne tardive. Thèse de Paris, 1926.

Vignes et Dauphin. — L'année obstétricale. Paris, 1926.

De Lee. — Technique de la Césarienne basse. (*Journal of the America Med. Ass.*, 14 mars 1925).

Greenhall. — Shall the indication for the low or cervical cesarean section be extended? (*International clinics*, 1925, t. IV, série 35).

Gottschalk. — *Société d'Obst. et Gyn. de Berlin*, 11 mars 1920, in *Zentralbl. f. Gyn.*, 26 nov. 1910, p. 15-75).

